Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
Carpeta Nº 3181 de 2003

Versión Taquigráfica N° 1935 de 2013

IMAES
ver exposición

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 5 de noviembre de 2013

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Daniel Bianchi.
MIEMBROS:	Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Ivonne Passada, Daniel Radío y Berta Sanseverino.
DELEGADOS DE SECTOR:	Señores Representantes Javier García, Rodrigo Goñi Romero.
ASISTE:	Señor Representante Marcelo Bistolfi.
INVITADOS:	Doctor Gustavo Varela, Presidente del IMAES y doctor Ruben Leone, Prosecretario de la Comisión Directiva de IMAES.

SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir al señor Presidente de Imaes, doctor Gustavo Varela, y al señor Prosecretario de la Comisión Directiva, doctor Ruben Leone.

SEÑOR VARELA.- Agradecemos a la Comisión la posibilidad de expresarnos sobre este tema.

Comento una vez más -aunque hace dos o tres semanas estuvimos acá- que hay alrededor de 70 Institutos de Medicina Altamente Especializada privados del Uruguay en todas las técnicas bajo cobertura del Fondo Nacional de Recursos; casi el ciento por ciento de esas instituciones integran la Asociación de Imaes.

En estos últimos días esto tuvo una alta exposición pública la creación de un nuevo IMAE cardiológico en el Hospital Militar y está bien que así sea porque todos los temas que atañen a la democracia es bueno que se ventilen públicamente. Nosotros queremos demostrar con razones por qué creemos que es inconveniente esta

apertura. Es evidente que venimos con una opinión que a priori puede considerarse preconcebida; obviamente, se hizo un análisis de la realidad actual.

¿Cuál es la situación actual del Fondo después de haber pasado en estos treinta y tres años una serie de etapas? Como saben, hubo una primera etapa de cinco años, con un gran crecimiento -se votó en 1980-, y se contó con el trabajo del profesor Cañelas y de Zerbino, que lo armó desde todo punto de vista. Luego pasamos por una década de ampliación con la instalación de Imaes de muy diverso tipo en todo el país: básicamente diálisis en el interior y el resto en Montevideo. Hubo otros diez años, hasta el 2002, con una crisis no solo desde el punto de vista económico o financiero sino también entre los Imaes y el Fondo respecto a los controles, el número de actos a realizar, etcétera. Eso se laudó oportunamente.

Desde 2003 a la fecha estamos en una situación de gran estabilidad del sistema, en la que hay prevalencia de lo técnico -tanto en lo médico asistencial como en lo administrativo y financiero-, y en el que las partes integradas funcionan correctamente, más allá de algunos detalles

Por ejemplo, hace tres semanas hubo problemas por la compra centralizada de "stents". De todos modos, el Fondo está parejo a tal extremo que desde el punto de vista de la cantidad de actos que se están realizando nos encontramos en una meseta

Si usted mira todas las técnicas podrá advertir que estamos en una situación de gran estabilidad. Se hacen equis números de actos vinculados con el área cardiológica, traumatológica, de nefrología, etcétera; no hay grandes modificaciones.

Dentro de los acuerdos para lograr la estabilidad del Fondo, hubo uno que también fue importante y difícil para llegar a un acuerdo -que se logró-, referido a la demanda insatisfecha. Actualmente, no existe demanda insatisfecha, salvo en la casuística; los señores Diputados que recorren todo el país probablemente conozcan alguna.

Nos oponemos a la creación de un IMAE cardiológico en el Hospital Militar por razones de mérito y legales. Vamos a enumerar las razones de mérito muy rápidamente.

¿Hoy hay problemas de accesibilidad en el área cardiológica en el Uruguay? No. Desde hace tres años se hacen las intervenciones quirúrgicas cardíacas, hemodinamias y se colocan marcapasos en el número que se necesitan. Por lo tanto, esa es una imagen muy fuerte.

Además, desde el punto de vista estadístico estamos igual que en el Reino Unido y que en España. Si usted compara el número de actos cardiológicos realizados en Uruguay por cada un millón de habitantes, verá que es el mismo o muy similar al del Reino Unido o España, y en promedio es mejor si lo comparamos con Estados Unidos. Esto nos demuestra que no hay un problema de accesibilidad.

En cuanto a la distribución de los pacientes en los Imaes, si i no fuera pareja daría para pensar en un monopolio de hecho o en que la libre elección -otro de los grandes puntos cardinales en que nos pusimos de acuerdo hace doce años- y el consentimiento informado no estarían funcionando. Todo eso está funcionando correctamente porque hay una distribución más o menos de acuerdo con las instalaciones y el "expertise"; todo el mundo opera más o menos la misma cantidad, y o hay grandes desplazamientos, salvo en el Hospital universitario, que opera contundentemente menos y que hace menos procedimientos.

Tampoco hay diferencias técnicas entre los Imaes que hagan razonable la creación de uno nuevo. La Dirección Técnica del Fondo estudia los resultados -es otro de los logros de estos doce años- y el impacto en este sistema de seguro catastrófico -como se llamaba el Fondo Nacional de Recursos- muestra que los resultados muy parejos ni hay grandes diferencias.

No sé si los señores Diputados cuentan con el informe de la Dirección Técnica, pero es muy claro -incluido el Hospital de Clínicas-, dentro de lo estadísticamente razonable, que todos tienen los mismos resultados. Además, desde hace por lo menos diez años Uruguay se acerca, está pegadito al "euro score" en respecto al índice de mortalidad.

Tampoco hay razones económico financieras o administrativas que digan que es bueno plantearse un nuevo IMAE. ¿Hay alguien que cobre actos que no realizó? No. ¿Hay alguien que induzca a la demanda? No. ¿Hay

alguien que cobre un arancel diferencial con respecto al resto de los Imaes? No. ¿Por qué? Porque los Imaes privados nunca lo hicieron. Es más, están auditados por el Fondo Nacional de Recursos no solo desde el punto de vista técnico sino administrativo. Hay obligación de presentar al Ministerio de Salud Pública y al Fondo Nacional de Recursos -esto es de toda la vida pero se formalizó desde hace veinte años- todos los balances.

Quiero ser cauteloso para no ofender. Hoy el sistema está ordenado y prolijo. La gente se atiende bien desde el punto de vista cardiológico, y los técnicos que están son los que deben estar, trabajan bien y con experticia. Si usted divide la demanda actual lo más probable que obtenga será cirujanos que operen operar menos, y los técnicos -instrumentistas, auxiliares de enfermería, nurses- van a hacer menos procedimientos, con la consiguiente pérdida de calidad y entrenamiento. ¿Qué va a afectar eso? Los resultados del país. Eso es lo que dice la Dirección Técnica del Fondo -integrada por la doctora Rosana Gambogi y por el doctor Alarico Rodríguez- a la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, que tengo el honor de integrar.

Pero también hay problemas legales. Dentro de esta situación de estabilidad, de racionalidad en el trabajo, los Institutos de Medicina Altamente Especializada, básicamente los privados, hemos llegado a acuerdos de gestión que, además, tienen un título muy rumboso: "Fortalecimiento del Sistema de Medicina Altamente Especializada", que es un contrato de gestión en el mismo sentido que firmamos la IAMC con el Ministerio de Salud Pública en donde hay una serie de garantías para ambas partes y de buen proceder en la gestión de los Imaes y del Fondo Nacional de Recursos con respecto a estos.

Este acuerdo de gestión tiene un sinnúmero de artículos, que si lo desea la Comisión podemos dejar un ejemplar. Hay dos cláusulas que son muy claras: las números 11 y 12. Una refiere al consentimiento informado de la libre elección.

Ustedes recordarán que en el decreto del Poder Ejecutivo en la pretensión de formar este IMAE dice claramente que va a direccionar los pacientes de ASSE al nuevo IMAE. Y eso -al menos que yo esté muy equivocado; acá hay expertos que están en eso- creo que atenta claramente contra la legislación y la Constitución. Si un médico me pregunta dónde me quiero operar y me tiene que hacer firmar determinados formularios que son muy claros, ningún director de ningún lado me puede decir que vaya a operarse allá porque soy de ASSE, y mucho menos dejarlo escrito por decreto. Me parece que ahí hubo un error severo y, por lo tanto, atenta contra la cláusula que nosotros firmamos con el Fondo Nacional de Recursos, y los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.

Por otra parte, la cláusula número 12, para asegurar los estándares de calidad, habla de un número mínimo de procedimientos anuales a realizar. Obviamente, no dice de forma casuística que son mil para tal área. Esta cláusula la incorporó la dirección técnica del Fondo Nacional de Recursos -y nosotros la aceptamos por otra razón, pero la aceptamos- para no disminuir la calidad. En esto, que es tan especial y tan demostrativo de lo que es Uruguay, hay balances y contrapesos que debemos manejar. Los Imaes no estábamos dispuestos a hacer menos de lo que hacíamos porque, además de un tema de calidad, también existe una cuestión de funcionamiento. Todo el mundo se arma desde el punto de vista de su andamiaje profesional, administrativo y de costos para un número de actos, y disminuirlos sería un problema; no voy a explicar esto porque es obvio que todos lo entendemos

También es un problema desde el punto de vista de la calidad porque inexorablemente, sobre todo en la materia quirúrgica o en procedimientos invasivos, si uno no ve o no hace, a la larga pierde el entrenamiento, que en gran parte es la base de la calidad.

Por otro lado, en el acuerdo de aranceles eso también se indicó, es decir, se estableció que se hiciera un acuerdo directo con el Ministerio de Economía y Finanzas, refrendado que sea refrendado por el Fondo Nacional de Recursos y el Ministerio de Salud Pública. Se estableció lo mismo: si existiera una disminución del número de actos, se volverían a estudiar los aranceles. En suma, por razones de mérito y de oportunidad -que ya se ha explicado extensamente-, y por razones legales de convenios que hoy están suscritos y vigentes -uno está vigente hasta diciembre del año 2015 y, el otro por dos años a partir de marzo de 2013, es decir, también hasta el 2015-, no compartimos lo planteado. Además, estamos convencidos -no solo los Imaes sino también la dirección técnica del Fondo Nacional de Recursos, que es el que administra este sistema desde el punto de vista técnico- de que se va a cometer un error que nos va a llevar a una disminución de la calidad y a dispersar el número de pacientes, además de atentar -no estamos atribuyendo intenciones- inadvertidamente

sobre derechos que tenemos como pacientes, que es nada menos que la libre elección y el consentimiento informado.

En resumen, somos portavoces de una asamblea de la Asociación de Imaes que tiene a consideración todos estos puntos, que por unanimidad de sus presentes -no solo del área cardiológica sino del resto de las áreas-, con estos fundamentos y otros que podremos agregar de acuerdo a lo que nos pregunten los señores legisladores, se opone a la situación que plantea el Poder Ejecutivo.

No somos quienes para hablar por los que no representamos. Quiero insistir -porque además es público y notorio- en que la dirección técnica del Fondo Nacional de Recursos se opone a esta situación e, inclusive, la Comisión Honoraria tiene cierta dificultad aunque el Poder Ejecutivo haya realizado todos los procedimientos; en el Fondo Nacional de Recursos está trancado este asunto pues no hay mayoría. Todos quienes desde el Fondo vemos lo que hay hoy como algo bueno que está funcionando, con esto empezaríamos con un problema muy serio, pues habilitar Imaes en una situación en donde está básicamente todo bien, lo único que nos pueden llegar a traer son problemas en las áreas que mencioné.

SEÑOR GOÑI ROMERO.- Ha sido muy claro y comprensible lo que ha explicado el doctor Varela.

Quiero hacer un "racconto". Yo soy Representante por Salto. Nuestro departamento hace quince años que lucha por instalar un centro cardiovascular con financiamiento de un IMAE. En lo personal, trabajo en este tema desde el Período anterior, allá por el 2006 o 2007, no lo recuerdo bien.

Escuchaba con atención al doctor Varela cuando dijo que funciona todo bien. Sí, en los números y en los promedios está todo bien; soy contador público así que no seré yo quien explique el tema de la distancia, ni muchísimo menos, pues asumo que no es necesario. Pero comprenderán que para nosotros no está todo bien.

Comparto lo expresado por el doctor Varela sobre los mínimos imprescindibles de operaciones y demás intervenciones que hacen necesario a la calidad, pero debo decir que ese mismo argumento era esgrimido desde que empecé a trabajar; creo que en aquel momento los centros eran cinco, y hoy son siete.

SEÑOR LEONE.- Son seis.

SEÑOR GOÑI ROMERO.- Creo que se ha autorizado a otro, creo que el de Médica, que no estaba. En realidad, tendría que verificar este punto.

Lo cierto es que estamos pagando, en la distancia, el sostenimiento de los promedios. También es cierto que de las cifras que hemos estado mirando en la región de Artigas, Salto y Paysandú tenemos aproximadamente el 14% o 15% de las intervenciones en materia vascular sin operaciones.

Entonces, en aquella zona estaríamos dentro de uno de los promedios. Si los centros fueran seis se alcanzaría el 15% o 16% que cada uno de ellos interviene en el total. De manera que solo en aquellos tres departamentos, que son buena parte del problema mayor por la distancia, estarían juntando la población promedio necesaria para una habilitación de este tipo.

Es en ese sentido que aprovecho la presencia de nuestros invitados para consultarles si ven como posible o viable esa propuesta. Además, hay que tener en cuenta que Salto está formando profesionales a través de la Udelar. Estuvimos a punto de lograr el total de la carrera de medicina, pero quedó pendiente. Probablemente en los próximos años esto sea una realidad.

Con seguridad, dentro de los convenios posibles de la actividad pública y privada con los centros y los equipos de Montevideo, pueda pensarse en esa posibilidad. Por lo menos así lo pensamos desde nuestra óptica de litoral norte.

Quisiera saber si nuestros invitados del día de hoy ven esto en la misma tónica respecto al Hospital Militar o, por la característica de la distancia, podría considerarse como una alternativa.

SEÑOR VARELA.- En este momento, estamos tratando el tema de un nuevo IMAE en Montevideo; lo que nos convoca hoy no es la necesidad de un IMAE en el interior o en la zona norte. Si me preguntan mi opinión

-no la de la Asociación-, diría que sería difícil defenderlo en los números. Básicamente, los porcentajes de intervenciones vinculadas a estos actos, si bien son un poco mejores, no son estadísticamente significativos. Pero si me preguntan -planteando una interrogante inteligente, por no decir pícara-, diría que antes que abrir un centro cardiovascular o de lo que fuera en Montevideo, sería más defendible uno para la zona norte. Sin embargo, eso no es lo que nos preocupa hoy.

Lo que se va a hacer hoy sí es un severo error. Abrir un nuevo IMAE cardiológico en Montevideo - discúlpenme quienes se sientan afectados- no tiene sustento sanitario, técnico ni administrativo. Lo que hay es suficiente para el país y es netamente suficiente para lo que ocurre en el área sur.

En suma, una respuesta indirecta sería que si la contraposición es entre un IMAE en Montevideo y uno en la zona norte, lo más racional sería hacerlo en el norte del país, donde puede haber ciertas dificultades de accesibilidad o que los promedios indican que lo que se hace porcentualmente en el norte es un poco menor al resto del país. Pero ese no es el tema de hoy; lo que se está planteando es hacer algo nuevo en Montevideo que va a dispersar la actividad, va a disminuir la calidad y va a generar un problema severo, de manera que lo que plantea el señor Diputado Goñi Romero va a estar cada vez más lejos.

No tengo otra respuesta. No es la posición oficial de la Asociación, porque la respuesta técnica es que no es necesario un IMAE cardiológico más en el Uruguay, y menos en Montevideo.

SEÑORA PASSADA.- Quizás deberíamos considerar algunos elementos que han surgido en las últimas horas.

Según tengo entendido, en el día de ayer hubo un encuentro y un acuerdo interinstitucional que hoy es público, en el que participaron el Ministerio de Salud Pública, ASSE, la Facultad de Medicina, el Hospital de Clínicas, el Hospital Militar, el Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio del Interior, por el cual se estaría promoviendo un Programa Nacional de Atención Cardiológica de Alta Complejidad; en este se complementaría la situación del IMAE pero en el marco de un trabajo conjunto con el Hospital de Clínicas y con la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, las Rieps. Eso es producto de una mirada interinstitucional al tema.

Esto tiene pocas horas y sería importante pedirle al Ministerio que nos proporcione el texto de ese acuerdo.

Creo que en el acuerdo primario también se estaría previendo la instalación de un IMAE en la zona norte del país.

Es poca la información que tengo pero me parece que es importante porque da un giro a lo que teníamos, y es necesario complementarla con más datos. Hay que ver qué pasa con el Decreto; quizás esto es parte del hecho de que quede en suspenso. En todo caso, han surgido hechos por los que sería importante saber en qué consiste el acuerdo institucional que se firmó ayer.

SEÑOR RADÍO.- No tenía noticia de esto. Entonces, ¿no tendríamos un nuevo IMAE sino dos?

SEÑORA PASSADA.- Creo que no, pero prefiero no adelantarme y esperar a contar con el acuerdo, que demuestra que todas las miradas están colocadas sobre el tema; después podremos opinar.

SEÑOR VARELA.- Nosotros tampoco teníamos noticia de esto y no sabemos de qué se trata.

En salud, como en otras áreas, hay muchas siglas que cada vez entendemos menos; lo decimos con afecto. Ojalá que ese acuerdo sea como se esboza.

De todos modos, lo que dijimos no lo vamos a borrar con el codo. Reiteramos con firmeza que tenemos claro que -por todas las razones que enumeré- Uruguay está satisfecho desde el punto de vista técnico con la situación actual del área cardiológica. Tampoco quiero negar que en el interior sea necesario un IMAE o, en todo caso, no tan inconveniente como el que se está tratando de instalar en Montevideo. Quiero que eso quede claro. Esta es una opinión personal porque no lo hablamos a nivel de la Asociación.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- El doctor Varela decía que no hay un problema de accesibilidad en el Uruguay y yo quiero hacer una anotación al margen; quizá no de accesibilidad pero sí de oportunidad, porque la medicina no se trata solo de acceder a ella sino de hacerlo en el momento en que se necesita. Ahí es donde resulta absolutamente claro que hay un problema de oportunidad en el acceso a la salud cardiovascular para buena parte de la población del país, la que vive más lejos de Montevideo. Todos sabemos que las posibilidades de un buen tratamiento dependen de la rapidez con que se instaure. Ustedes son los que mejor pueden hablar de esto porque son especialistas en la materia. No tener un centro cercano, como les sucede a tantos uruguayos que viven al norte del Río Negro o lejos del área metropolitana en general, es un problema notorio. Desde que un paciente, en la necesidad de un IMAE, consulta en una puerta de emergencia de Rivera, de Tacuarembó, de Salto o de Artigas hasta que accede a la atención en Montevideo, pueden pasar días. Esto depende de la estabilización del paciente, de que esté en condiciones de traslado, de que se consiga trasladar y de que estén la ambulancia y el chofer. Entonces, no es la misma atención cardiológica que yo recibiría, por ejemplo, que vivo a cinco minutos del Obelisco.

Notoriamente, tenemos un desfasaje entre las condiciones de acceso a la salud que tenemos quienes vivimos en esta parte del Uruguay y quienes viven lejos. Es así para esta especialidad y para otras. También ocurre con la educación y con una cantidad de servicios básicos.

Desde el punto de vista de los números, es como decía el doctor Varela. Pero, ¿cuántas escuelas rurales se deberían cerrar porque los números no dan? Sin embargo, todos sabemos que no importan los números sino el contexto social. En un tiempo se decía que se podía ahorrar dinero enviando a los alumnos rurales en un ómnibus a la capital departamental; pero no se trata de la plata sino de que el niño vive ahí, no vive en la capital departamental. Entonces, muchas veces hay que adaptar los números fríos a las condiciones sociales. Los doctores conocen bien esto porque practican la medicina.

Este es un tema de accesibilidad y oportunidad de la salud y existe una inequidad más grande que el estadio Centenario. No es culpa de nadie, se ha dado así. No estamos buscando culpables sino soluciones; y la solución sería contar con un IMAE cardiológico al norte del Río Negro. En Uruguay no puede haber una discusión al respecto. Es una necesidad.

Aquí se dijo que el IMAE de Salto no se había solicitado pero hay solicitudes añejas; los papeles de esas solicitudes ya están amarillos de viejos. Ahora la señora Ministra reconoció que la solicitud existía y que se va a aprobar, pero la verdad es que no solo se trata de la aprobación teórica sino de la instalación real. Tacuarembó y Salto también están pidiendo algún tipo de coordinación. Las autoridades tendrían que resolver esto.

En segundo lugar, en cuanto a la libertad de elección, se debe trabajar sobre ciertos aspectos. Creo que no hay una inducción de la demanda porque nadie inventa un evento coronario para tratarlo sino que, como todos sabemos, se trata de un tema de confianza con el médico. Si me atiende un médico de una mutualista y en ella se encuentra el IMAE, sé que estoy internado allí y conozco al médico que me trató. Esa es la realidad. No rompe con la libertad de elección pero hay un esquema de confianza. Conozco al médico que está en la misma institución y no tengo que moverme de allí. De pronto, reflexionando en voz alta, para perfeccionar los mecanismos de libertad de elección, deberían presentarse los resultados de los centros obtenidos por el sistema de auditores del Fondo Nacional de Recursos para que el paciente o su familia los tengan en el momento de decidir.

SEÑOR VARELA.- Esos resultados están en la página web.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Es cierto, pero una cosa es estar internado y otra poder ver la página web. Tiene que haber una cercanía. Todos los resultados están en la web pero no es lo más común que un paciente la consulte antes de tomar una decisión. Habría que facilitar esa decisión porque le haría bien a todo el sistema.

En tercer término, tengo entendido que en el Hospital Militar hubo un convenio con una institución privada no hace mucho.

SEÑOR LEONE.- En la parte de hemodinámica y de electrofisiología.

(Diálogos)

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Lo digo por aquello del fortalecimiento del área pública, a fin de demostrar cómo hay una conexión entre lo público y lo privado.

Coincido en que no tiene justificación la aprobación de un nuevo IMAE en Montevideo. Me parece que cuando se analiza la aprobación de un IMAE en virtud de qué votó cada médico, vamos mal. Toda la discusión pública que se ha dado en las últimas semanas, en la que está en debate qué partido político vota un médico -con criterios políticos sobre algo que debe estar estrictamente vinculado a razones técnicas o de salud-, nos muestra que la mano viene mal. No tengo recuerdo de una discusión pública de este tipo, ni que ante la aprobación de un IMAE haya un desmentido y afirmaciones sobre comunicados oficiales del Ministerio de Defensa Nacional. A mí no me interesa qué sector político votó mi médico, no se lo pregunto al que me atiende a mí o a mis hijos, primero están otras consideraciones. La discusión debería ir por estrictos canales técnicos, epidemiológicos, de condiciones sociales, geográficas, de accesibilidad y oportunidad del acceso, por eso lo del IMAE en el norte del país, y no por criterios políticos.

Además, primero está el interior; eso se cae de maduro. Un séptimo IMAE, a cinco minutos de donde estamos sentados, no parece lógico. Sé que ustedes no tienen muchas respuestas a estos planteamientos, porque no les corresponde, ya que representan una pata de una organización muy compleja, el Fondo Nacional de Recursos, que es un gran orgullo para Uruguay.

SEÑOR VARELA.- El doctor Javier García resumió nuestra idea de que, en Uruguay, el área de los Institutos de Medicina Altamente Especializada está bien, prolija, ordenada desde todo punto de vista, después de que en los años 2002 y 2003 se hicieran los acuerdos que incluyeron, por ejemplo, en mayo de 2002, la refinanciación de una deuda de US$ 50:000.000 en pesos, prácticamente sin cobrar intereses durante cinco años. A esto se deben sumar todos los ajustes técnicos que mencioné. ¡Si estaremos involucrados los Institutos con el sistema, que tenemos ese tipo de gestos! Por lo tanto, si este error -así lo llamamos; no establecemos una vinculación política porque no es nuestro cometido- se desvanece, ¡aleluya! Nosotros nos iremos conformes de esta reunión.

También es bárbaro lo que señaló la señora Diputada Passada.

Habitualmente, en los objetivos -esta es una consideración personal- nadie discrepa: todos queremos ser sanos, bonitos, tener dinero, etcétera. El problema no es la finalidad sino los medios, los caminos que recorremos para llegar a eso. En este caso, el camino no fue bueno. La decisión que se adoptó en diciembre del año pasado de abrir un nuevo IMAE cardiológico en Montevideo no es correcta ni razonable por todos los motivos que hemos expresado. Entonces, nos congratula que el Poder Ejecutivo esté en otra onda, sobre la cual tendremos opinión técnica, sin duda, y si nos dan la oportunidad, la expresaremos.

SEÑOR LEONE.- Quiero hacer referencia a lo que decían los señores Diputados Javier García y Goñi Romero.

Yo tengo sesenta y cuatro años. Hace treinta y siete que hago cirugía cardíaca -son unos cuantos años- y no estoy en la postura de apegarme a la silla o, mejor dicho, al bisturí. No hice mi carrera universitaria en el Uruguay. Me fui en un momento muy dramático del país y me formé con el doctor Jatene, en San Pablo, que junto con el doctor Favaloro, es referente de la cirugía cardíaca en América Latina y del mundo. Estuve en muchos países del mundo -en Universidades de Boston, de Harvard, de Francia, en el Brompton Hospital, en Londres- y he aprendido algunas cosas por experiencia. Entonces, hoy yo no tengo una postura de aferrarme a seguir siendo cirujano; decía mi edad, para que se viera que estoy más cerca de irme que de quedarme. Me fui de este país con una mano atrás y otra delante y volví en las mismas condiciones; me pongo de ejemplo porque hay muchos de mi generación que piensan igual. Inclusive, yo pensaba que la juventud estaba en "otra" pero no es así: hay muchachos jóvenes que piensan en qué forma dar al país lo que consideran que necesita, más allá de que hayan vivido o nacido en el exterior.

Voy a discrepar con lo que se dijo sobre el interior, aunque sea por romper la mesa. Honestamente, yo hago fundamentalmente transplante de cardiología pediátrica y considero -lo he visto en otros países como, por ejemplo, en Estados Unidos- que hoy un niño no es una urgencia sino el que lo atiende, el que lo recibe cuando el obstetra lo saca de su cuna fetal. La urgencia está en preparar al obstetra y al médico pediatra para poder trasladarlo, porque un ventrículo izquierdo hipoplásico o una trasposición de las grandes arterias no se puede resolver en un centro del interior, aunque lo haga con todo su equipamiento y pompa. Necesita gente de experiencia, que no toda puede estar en Salto o en Tacuarembó. Lamentablemente, las circunstancias han hecho que esté en Montevideo. Claro, Uruguay es un país especial. Tenemos la mejor accesibilidad y los mejores resultados en cardiología pediátrica de América Latina. Hoy, con 44.000 o 45.000 nacimientos vivos, con la cantidad de cirugías que eso significaría -también hacemos muchos procesos con catéteres-, no podríamos dividir en centros. Sería bueno que lo uniéramos; por eso, estoy por la postura de la unidad y no de la división. Por lo tanto, no concuerdo con lo del interior; ni qué hablar en niños y menos en trasplantes. Nosotros tenemos cerca de cien trasplantes cardíacos hechos en Uruguay y hay tres centros habilitados. Hacemos tres o cuatro, y somos los que hacemos más. ¿Cuánto personal médico, ya sea de enfermería, técnicos, instrumentistas, cirujanos cardiólogos, se necesitaría que se quedara para hacer cuatro trasplantes? Es un absurdo; si lo considerara, diría: "No lo hacemos".

Yo entiendo la oportunidad. Usted, que vive en Pocitos, tiene más chance que yo, que vivo en Melilla, de llegar si nos da un infarto. Son las condiciones que tenemos. Ahora bien, si tenemos preparada la asistencia primaria correctamente, vamos a poder tener más oportunidades para el paciente que tiene un problema coronario agudo; ni qué hablar de la parte pediátrica. Nosotros hacemos trasplantes y, de repente, recibimos un donante que viene de Salto. Si tuviéramos el centro en ese departamento, llevaríamos un donante de Montevideo para ahí. Si bien con la organización actual hay dificultades de oportunidad, a mi modo de entender, no generan una distorsión grave en la asistencia.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Conozco al doctor Leone desde las épocas del Pereira Rossell y es un destacadísimo cirujano cardíaco. De todos modos, si su razonamiento fuera válido llevado al extremo, nunca se hubiera desarrollado, por ejemplo, la neurocirugía en Tacuarembó. ¿Por qué? Porque tampoco estaban los especialistas radicados allí. ¿Qué se hizo? Un trabajo muy importante de descentralización, llevando especialistas de Montevideo...

SEÑOR LEONE.- Disculpe, pero yo no invalidé esa postura; simplemente, le digo cuál es la situación objetiva actual. Otra cosa es decir que quiero prepararme para que en el futuro podamos tener eso que ustedes plantean. Yo voy por el lado de la unidad de la gente que trabaja en esta área; no voy por el lado de abrir un centro en Tacuarembó, otro en Salto, otro en Canelones. Yo estoy planteando cuál es la situación objetiva. El equipamiento es el que tenemos; después vamos a ir por mejorar las condiciones, porque cuando tengamos la gente, la vamos a llevar a donde usted pretende, sea en Salto, en Artigas o en Paysandú. Habrá que escoger el mejor lugar o las mejores condiciones.

Aquí todavía tenemos dificultades de funcionamiento graves en cuanto a la formación. Fíjese que el Hospital de Clínicas, de la Facultad de Medicina, opera equis cantidad de pacientes y se supone que es el que está formando. En realidad, estamos formando todos, porque nosotros contribuimos -usted lo sabe- a que venga la cardiología pediátrica, los posgrados, hacemos intercambio formando ese bagaje de experiencia, para hacer viable que se pueda transferir al interior lo que se merece. La realidad objetiva es que, por año, tenemos entre 2.200 y 2.300 cirugías, 4.000 angioplastias, equis procedimientos de cateterismo terapéutico en niños y adultos.

La medicina va avanzando y las condiciones se van creando; el problema es que si diluimos lo que tenemos, aparecen las dificultades no solo en la parte económica sino también en lo formativo. Nosotros -sobre todo los más viejos- tenemos la obligación de formar gente, para trabajar en el marco de ciertas condiciones generales. En Suecia, había seis centros de cirugía pediátrica, y vaya si tiene kilómetros; hicieron nada más que dos, y no creo que Suecia pueda ser considerado un país subdesarrollado.

Perdóneseme la sinceridad, pero discrepo con la forma en que se plantea el tema. El señor Diputado lo está planteando de la forma en que se presentó mediáticamente. Sale el director del Hospital de Salto o un salteño y dicen que quieren tener un centro en su departamento; sale el de Tacuarembó, y dice lo mismo. Me parece correcto que peleen por eso pero, ¿las condiciones están dadas para hacerlo? Se me podrá decir que si se piensa como yo, nunca van a estar dadas las condiciones. Yo creo que no es así, que el trabajo se hace con

unidad y científicamente basado en datos. Si vamos a hacer un centro -perdonen que insista en esto-, supongamos que en Tacuarembó, necesitamos tener todo el equipo de domingo a sábado, porque si llega un infarto hoy, no se puede decir: "No lo atiendo porque la gente de Montevideo viene el viernes". Eso no es viable. Para tener eso formado, ¿usted tiene los números de lo que necesita? ¿Cuánta gente necesita? ¿Cuántos profesionales? ¿Qué equipo necesita? ¿Qué disposición de material técnico necesita? ¿Cuánto es? Y no solo me refiero a los números a nivel económico. Usted necesita una bomba de circulación extracorpórea, un block quirúrgico con todas las condiciones, etcétera. Y hoy se pueden comprar. ¿Cuánto valen? US$ 100.000. Entonces, vamos arriba. Después necesita un equipo de rayos para hacer una angioplastia y por menos de US$ 1:000.000 no lo va a poder comprar; salvo que quiera comprar uno reciclado, que le puede salir US$ 700.000. Pero, ¿quién lo va a mover? ¿Alguien que vaya desde acá hasta allá?

Yo puedo dar una solución que se me ocurrió hace un tiempo -a veces cuando no duermo de noche pienso en estos temas- y es que podemos ir los seis IMAE que están acá -incluyendo el de Facultad-: el lunes va un equipo, el martes otro, el miércoles otro, etcétera, y trabajamos. Pero, ¿es viable trabajar así? ¿Hay algún equipo que pueda ir toda la semana? Cuando hablo de un equipo tengo en cuenta desde el auxiliar de enfermería hasta la nurse, el médico que cuida al paciente, los cirujanos -que tienen que ser tres-, el instrumentista, el perfusionista. ¿Y eso cómo se va a lograr? Yo estoy de acuerdo en lo que se dice en cuanto al departamento de Tacuarembó, pero ¿cómo formamos ese equipo? A veces tenemos la ilusión de que en nuestro interior -al que yo quiero mucho; por eso vivo casi en el interior- se deben hacer estas cosas, pero pensamos menos en las posibilidades, que deben ser logradas y en este caso creo que tiene que lograrlas la academia, es decir la gente que trabaja en esta área; yo no me voy a meter a hablar de traumatología sino que hablo de cardiología.

SEÑOR CHIESA.- Agradezco a los doctores Leone y Varela por la exposición realizada. Creo que lo que debe figurar como primer punto -me parece que en esto estamos de acuerdo- es que no resulta lógico establecer un nuevo IMAE acá, en Montevideo. En ese sentido, estamos totalmente de acuerdo.

Por otra parte, hay otro tema de discusión. Por supuesto que entiendo los planteos que hace el doctor Leone, que son muy atendibles, pero yo voy a seguir defendiendo la posibilidad de que los ciudadanos del interior tengamos las mismas posibilidades que poseen quienes están cerca del Obelisco; por eso voy a luchar. Si no lo hiciéramos así, hoy no se estaría instalando un campo universitario en mi departamento, que también es fruto de una vieja aspiración.

También debemos ampliar la discusión considerando lo que sucede por el hecho de que alguien tiene cerrada la canilla de la preparación de los posgrados en nuestro país y los muchachos jóvenes que se quieren formar en determinada especialidad no pueden hacerlo, porque hay un cupo de ingreso limitado. Por eso después no tenemos los técnicos que necesitamos como país. Me parece que en este sentido sí tiene que haber una decisión política del propio Ministerio de Salud Pública, que establezca qué cantidad de técnicos necesitamos para poder desarrollar las distintas áreas de la medicina en nuestro país. Y es ahí donde tenemos que poner el acento. No puede ser que esto quede en la decisión de una escuela de posgrado que establece límites no sé en base a qué; creo que eso amerita otra instancia de discusión. En ese sentido, hago mías las palabras de los Diputados Goñi Romero y Javier García, y voy a defender que exista otra instancia de discusión y que si se quiere se puede.

Me preocupa lo que venimos escuchando, porque yo he tenido alguna entrevista personal a principio de año con la señora Ministra de Salud Pública, en la que le planteé este tema, y nos dijo que se iba a autorizar un IMAE en el norte del país. Pero en este caso se aplicaría aquella frase que expresa: "Dios dame paciencia pero apúrate", porque en ese ínterin hay una cantidad de ciudadanos del interior del país que están necesitando los servicios cardiológicos en tiempo y forma pero no tienen esa oportunidad.

Vuelvo a lo del principio porque creo que el planteo que ustedes hacen es totalmente racional. Quisiera hacer una última pregunta, aunque por lo que han dicho estimo que la respuesta es negativa: ¿nunca hubo una consulta a la Asociación de medicina altamente especializada con respecto a la instalación de un nuevo centro en Montevideo?

SEÑOR LEONE.- No.

SEÑOR VARELA.- No.

SEÑOR BISTOLFI.- Agradezco a los miembros de esta Comisión por la posibilidad de participar en ella, ya que no la integro. También agradezco a quienes nos visitan por venir a ilustrarnos.

Quería referirme a este tema con el mismo sentido común con el que se analizó, que me parece muy atendible y respetable. Lo único que no comparto es la referencia estrictamente económica, en base a la cantidad de intervenciones que se hacen y lo caro que saldría esto. En ese sentido, podría decir varias cosas porque una vida que se pierda vale mucho más que toda la plata que pueda implicar por parte de quien vaya a mantener ese centro.

Esto es lo que nos pasa en Salto. Si ustedes escuchan a sus colegas de nuestro equipo de Salto comprobarán que hay condiciones; se está formando gente desde hace mucho tiempo y hay otra que trabajó mucho en Montevideo y está allí. Ellos dicen que el equipo está como para tener un IMAE y la inversión sería prácticamente privada, aunque también estarían abiertos a que pudiera ser público- privada. Durante la administración del anterior Ministro, el doctor Venegas, se dijo públicamente que estaba autorizado y estudiado un IMAE para Salto. ¿Cómo puede ser que luego de que salga un Ministro y entre otro no haya ni un expediente? Sinceramente, con el mismo sentido común que se utilizó yo quiero plantear esto. Imagínese lo que es transportar a un enfermo cardiológico en una camilla de una ambulancia desde Salto a Tacuarembó o viceversa -aunque puede haber centros complementarios; no voy a discutir absolutamente nada técnico en este tema-, por una ruta que está destrozada, con 4.200 curvas. En primer lugar, lo deben atar a la camilla y luego a la ambulancia, y creo que solo en el traslado el paciente puede terminar muerto.

Por lo tanto, en el mismo sentido que lo expresado por los señores Diputados García y Chiesa, defiendo a muerte la situación de quienes vivimos a 500 kilómetros, que debemos tener condiciones e igualdad de oportunidades para tener un centro en el norte.

SEÑOR GOÑI ROMERO.- El doctor Leone basó su intervención en casos extremos de válvulas cruzadas, cirugías de niños, etcétera, lo cual es absolutamente compartible. Pero de lo que nosotros estamos hablando es que de las 16.000 autorizaciones que se dieron por concepto de IMAE desde el año 2011, las que refieren a cateterismos adultos y terapéuticos, marcapasos, angioplastias y hemodinamia, fueron 8.675, es decir el 51%. De esas 1.890, es decir el 22%, refieren a cinco departamentos, que no son todo del norte pero sí buena parte: Artigas, Paysandú, Salto, Río Negro y Tacuarembó. Se trata de 480.000 personas; el 22%. En ese sentido, considerando esa población estamos por encima del promedio de lo que está interviniendo cada uno de los seis centros que hay en Montevideo. De manera que lo que yo estoy sosteniendo es que esta idea es posible y sustentable económicamente.

Quizás no se sepa, pero en el año 2009 se realizaron estudios y ha habido comisiones interinstitucionales, así como un protocolo de ASSE firmado con la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto, con la previa resolución del Ministerio de Salud Pública, para la resolución diagnóstica y terapéutica de las patologías cardiovasculares, etcétera. En reiteradas oportunidades se han presentado proyectos con sustento técnico y económico por la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto, que por supuesto es una institución seria con más de medio siglo de actuación, que tiene claro que esto no es soplar y hacer botella, que no es fácil de administrar desde el punto de vista económico, que está actuando con seriedad, que siempre ha abierto las puertas para que esta sea una institución mixta, público- privada y no tiene el más mínimo inconveniente al respecto. De manera que nosotros, de acuerdo con las cifras que el propio Fondo Nacional de Recursos nos provee, más los estudios que los técnicos han realizado y los quince años de trabajo de los distintos equipos técnicos, estamos convencidos de que esto es posible, salvando un montón de ejemplos que se han expuesto y en los que se tiene toda la razón pero que no son por los que hoy estamos trabajando. Creemos que esto es posible en virtud de las cifras que manejamos, sin llegar a ese régimen de tal especialización del que se habló que, obviamente, requiere esa centralización. Consideramos que esto es posible teniendo en cuenta lo que ha avanzado la tecnología y que la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto fue autorizada a comprar un angiógrafo por US$ 500.000 para estudios periféricos pero que, evidentemente, es utilizable para otro tipo de estudios. Es decir que hay toda una historia que avala lo que estamos diciendo y por la que, obviamente, estamos trabajando. Esto no significa no haber escuchado con atención a quienes nos visitan. Los comprendemos y consideramos que en buena parte de lo que han dicho tienen razón. Pero creemos que en buena parte de lo que nosotros afirmamos también tenemos razón.

SEÑOR VARELA.- En primer lugar, agradezco la disposición y los minutos que nos han concedido, que ha sido casi una hora.

En segundo término, reafirmo la posición oficial de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, contraria a la apertura de una IMAE cardiológico en la ciudad de Montevideo. Todas las demás consideraciones con respecto a un IMAE cardiológico en el interior del país van por cuenta de quienes razonablemente han opinado, lo que discutiremos o conversaremos en su momento. Todos los detalles que se han expresado -tanto por parte del doctor Leone como de todos los que han intervenido- deben ser fijados por la política nacional al respecto. Estamos entrando en los detalles de una gran decisión de política sanitaria, lo cual está muy bien. Ustedes son Representantes del pueblo y Dios los ampare para que todo salga bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias por la visita.

(Se retiran de Sala los doctores Varela y Leone)

——Se pasa a considerar el segundo punto del orden del día: "Técnicas de reproducción humana asistida".

Este proyecto tuvo modificaciones en el Senado y la idea sería aprobarlo tal cual vino, a efectos de elevarlo al plenario lo antes posible.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Estoy totalmente de acuerdo con que este proyecto sea elevado lo más rápido posible al plenario.

Muchas veces hemos sido críticos con las modificaciones que ha hecho el Senado en algunos proyectos, pero en este caso hay que reconocer que hubo un trabajo muy serio de parte de los señores Senadores, quienes tuvieron en cuenta aspectos que nosotros no tuvimos sobre la mesa cuando se discutió este tema, por ejemplo, el matrimonio igualitario, que trató de compatibilizarlo.

El producto que obtuvo la Comisión del Senado es muy bueno. Por lo tanto, no debemos dilatar más este tema porque hay una cantidad de gente que está esperando una rápida resolución.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar si se aceptan las modificaciones introducidas por el Senado.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

La señora Diputada Passada propuso a la señora Diputada Sanseverino para que elabore el informe.

(¡Apoyado!)

——Vamos a hablar con el señor Presidente y los coordinadores para tratar de que la semana próxima el plenario considere este proyecto.

En la sesión del día de mañana analizaremos el proyecto de nutrición.

Se levanta la reunión.